FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 N° 511

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

A D D O U Fethi

Né le I Octobre I935 à TLEMCEN

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

42 CAS DE CANCER DE COLON DROIT.

Président : M. LEGER, Professeur.

1966

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546018_0016

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

A D D O U Fethi

Né le I Octobre 1935 à TLEMCEN

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

42 CAS DE CANCER DE COLON DROIT.

Président : M. LEGER, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET.
Ier assesseur . . .	Daniel BARGETON
2e assesseur . . .	Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

I° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
-	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
B iologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.M.)

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

	MM.
Pathologie exotique	N ...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N ...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
-	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pahtologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	DESGREZ (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J. Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
	LOEPER (J.)
Pathologie expérimentale	RICHET (G.)
	DEJOURS (P.)
Physiologie	ROUCAYROL (J. Cl.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Physique médicale	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique Carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)

	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	-	N ...
	Cochin	LEGER (L.)
Cliniques Chirurgicales	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpétrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique Chirurgicale Orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique Chirurgicale Orthopédique et traumatologique (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de Chirurgie Infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des Maladies du système nerveux (Salpétrière)		CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre	DEFARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)

	MM.
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpétrière)	GARCIN (R.)
Cliniques Obstétricales Beaudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques Obstétricales Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hotel-Dieu)	OFFRET (G.)
- - (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpétrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré)	JUDE (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)

	MM.
	AZERAD (R.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
	CARTIER (P.)
Biochimie médicale	GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
	COURSAGET (J.)
Physique médicale	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. - PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Melle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musé d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.); LE NOIR(G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET(F.) Melles DUROZOY (M.F.) ROBERGE (D.), Dr SCHILLER(J.)

A Monsieur le Professeur L. LEGER,

Professeur à la Faculté de Paris,

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Médaille de la Santé,

Officier de l'Académie,

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur BEUZART,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Paris,
Ancien Chirurgien Assistant des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien à l'Hôpital de Fontainebleau,

en le remerciant pour l'enseignement qu'il m'a prodigué au cours des deux années que j'ai passées dans son service.

A Monsieur le Docteur DEVIMEUX,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Paris,
Ancien Chirurgien Assistant des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien à l'Hôpital de Fontainebleau,

qui m'a donné le sujet de cette thèse et m'a aidé à la rédiger,

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et ma vive gratitude.

A Monsieur le Docteur Jacques PARRICAL DE CHAMMARD,

Chirurgien à Tulle,

Avec toute mon amitié,

A mon Père,

A ma Mère,

A mes Frères et Soeurs,

A ma petite Helga,

A ma Famille,

A mes Amis,

Avec toute mon affection.

I N T R O D U C T I O N

Le cancer du côlon droit est le type même du cancer chirurgical. L'hémicolectomie droite qui comporte l'exérèse en bloc de la tumeur, de l'organe qui la porte et du territoire lymphatique et ganglionnaire susceptible d'être envahi, est l'intervention classique.

C'est un cancer parmi les plus fréquents des cancers digestifs : il vient au troisième rang après celui de l'estomac et du rectum, et frappe essentiellement l'adulte après la cinquantaine. Opéré, il est d'un bon pronostic, mais vu la banalité des signes du début et le développement lent de la tumeur, bon nombre de malades parviennent au chirurgien à un stade si avancé, que, malheureusement, seul un geste palliatif est possible.

Notre but est modeste :

Nous nous proposons dans cette étude d'analyser les observations de quelques uns de ces malades, puis d'essayer de tirer d'après les résultats immédiats et lointains de l'intervention chirurgicale que nous avons obtenus, quelques résultats statistiques. Nous avons été aidés dans ce travail par nos maîtres du Centre Hospitalier de FONTAINEBLEAU, qui nous ont permis d'utiliser leurs observations personnelles. Nous avons ainsi étudié le dossier de 42 malades ayant subi une intervention chirurgicale tant en pratique privée qu'à l'Hôpital, durant la période 1945-1960. Nous avons arrêté délibérément notre étude à cette dernière date, afin de pouvoir disposer pour chaque malade d'un recul d'au moins cinq années.

Nous avons contacté tous les opérés ou leur famille et avons pu savoir s'ils sont encore en vie ou décédés.

Malheureusement, la cause du décès n'a pu toujours être précisée, nous avons alors considéré qu'il était dû à l'évolution du cancer.

L'histoire clinique n'a été rapportée que lorsqu'elle nous semblait présenter un intérêt particulier, nous nous sommes, dans la plupart des cas limités au compte-rendu-opératoire, à l'histologie et aux suites.

Pour chaque malade, nous préciserons le nom du chirurgien qui l'a opéré, car les indications et la technique opératoire diffèrent sensiblement de l'un à l'autre.

Cependant, on peut dire que chaque fois que les lésions étaient jugées à la limite de l'opérabilité, on n'a pu que mettre la tumeur au repos et parer à l'éventualité d'une occlusion par dérivation interne ou colostomie en amont.

Au point de vue technique opératoire, si dans les premières années (1945 - 1950), la chirurgie colique a été pratiquée en plusieurs temps, la technique en un temps a été toujours recherchée par la suite.

Sont justiciables de l'hémicolectomie droite, les cancers du caecum, du côlon ascendant, de l'angle hépatique et de la partie droite du transverse.

L'intestin grêle est sectionné à quinze ou vingt centimètres de sa terminaison, et le côlon suffisamment à gauche, c'est-à-dire, en se rapprochant de l'artère colique gauche.

L'anastomose a été tantôt termino-latérale ou latéro-latérale, et suturée suivant le chirurgien en un ou plusieurs plans.

Il faut signaler à propos du même sujet les travaux français de :

Sénèque et Chatelin en I957 portant sur 40 cas.
Yévanovitch en I958 portant sur 63 cas.
Bienaymé portant sur 82 cas.
Hum portant sur 6I cas.

Les travaux étrangers de Smiddy et Coligher portent sur 79 cas.

==========

O B S E R V A T I O N S

Nous les avons classées en trois groupes :

- Le premier comprend les opérés ayant survécu au moins cinq ans.

- Le deuxième : les décès post-opératoires.

- Le troisième : les décès survenus dans le cours des cinq premières années.

I. OPERES AYANT SURVECU AU MOINS CINQ ANS.

OBSERVATION N° I

Madame D..... Camille, 80 ans

Intervention : 28 mars 1951. Dr DEVILLEUX.

Néo du caecum. Hémicolectomie droite.

Incision cuviligne iliaque droite. On trouve un magma induré au niveau de la jonction iléo-coecale avec de gros ganglions dans le mésocôlon droit. Libération du côlon et de son méso de bas en haut. Section du mésentère jusqu'à l'origine de l'artère iléo-coecocolique. Section du grêle et du côlon transverse. Fermeture des deux bouts. Anastomose latéro-latérale isopéristaltique. Suture de la tranche du mésentère à la tranche du mésocôlon. Drain lombaire. Pas de péritonisation. Fermeture en un plan.

Suites opératoires : sans incident.

Examen histologique :

Les deux fragments tumoraux concernent un épithélioma glandulaire du côlon. Ce dernier se présente sous la forme de travées compactes assez peu différenciées. Le ganglion ne présente qu'une hypertrophie irritative.

Conclusion : Epithélioma trabéculaire du côlon sans métastase lymphatique.

Evolution :

20.5.1962 : Hospitalisation pour douleurs lombaires. Les radios éliminent une métastase vertébrale.

Depuis trois semaines environ, apparition de diarrhée liquide (cinq émissions par jour) fétide sans aucune douleur. Déshydratation. Ala palpation, on trouve une masse dure irrégulière, latéro-ombilicale droite : récidive colique probable. Pas de Troisier. Foie : normal.

Radio lavement baryté : récidive sur le transverse. Fistule colo-duodénale après opacification de l'estomac.

Décédée le 25-6-1962.

Vérification anatomique le 26-6-1962. Confirmation de la récidive, fistule coloduodénale (partie droite du transverse et partie inférieure de D2 : gros bloc adhérant nécrotique en son centre). Pas de métastase hépatique.

Conclusion : Survie de II ans.
Apparition d'une récidive.

OBSERVATION N° 2

Madame C.... Blanche, 65 ans. Dr DEVINEUX

Néo du transverse.

Intervention : 6 juin 1953.

Hémicolectomie droite en un temps. Technique habituelle pour cancer de la partie droite du transverse.

Suites opératoires : Aucun incident.

Examen Histologique :

On observe la prolifération anarchique de la muqueuse sous l'aspect de boyaux cylindriques glandulaires. Ces derniers envahissent la moitié interne de la paroi, mais semblent respecter la moitié externe.

Conclusion : Epithélioma cylindrique glandulaire du transverse.

Evolution :

Revue en excellent état général le Ier juin I960. A changé de domicile, n'a pu être contactée.

Conclusion : Survie supérieure à 7 ans.

OBSERVATION N° 3

Madame D.... Georgina, 68 ans.

Cancer du côlon ascendant.

Tableau clinique :

Amaigrissement progressif depuis 4 mois. Syndrôme douloureux brutal (le I2-9-I955) de l'hypochondre droit avec débâcle diarrhéique ayant motivé l'hospitalisation. A la palpation, on perçoit une grosse masse dure et immobile sous-hépatique.

A l'examen radiologique : image lacunaire juste en aval de l'angle hépatique.

Intervention : 24 septembre I955.
Dr BEUZART.

Hémicolectomie droite en un temps.

Suites opératoires :

Le 27 septembre I955 : Emission par l'anus de quantité abondante de sang rouge avec matières et gaz. Transfusion sanguine. L'état général s'est amélioré progressivement et la malade sort le I3 octobre I955 en parfait état général et local.

Examen histologique :

La totalité de l'épaisseur pariétale est envahie par le processus néoplasique. Il s'agit d'un épithélioma glandulaire polymorphe, comportant simultanément des plages de métaplasies pavimenteuses et des plages anaplastiques. Cette forme est donc active.

Evolution :

Malade encore en vie.
Donc survie de IO ans déjà.

OBSERVATION N° 4

Monsieur V..... Marcinelli, 68 ans.

Néo du côlon ascendant.

Intervention : IO janvier I957. Dr BEUZART

Cancer du côlon droit. Hémicolectomie droite après iléo-transversostomie.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Epithélioma cylindrique glandulaire du côlon droit.

Evolution :

Malade décédé le 20 avril 1962.

Donc survie supérieure à 5 ans.

OBSERVATION N° 5

Monsieur C..... Marc, 58 ans.

Cancer du caecum.

Intervention : 19 décembre 1956.
Dr DEVINEUX

Cancer du caecum très inflammatoire avec nombreuses adénopathies. Hémicolectomie droite, technique habituelle.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Le ganglion remis à l'examen présente une congestion de tous ses sinus sans aucune trace d'envahissement néoplasique. Conclusion : Ganglion congestif bénin.

Evolution : Décédé en 1962.
Donc survie de 6 ans.

OBSERVATION N° 6

Madame J..... Marguerite; 65 ans

Néo du caecum.

Intervention : 5 Février I958.
Dr DEVIMEUX.

Hémicolectomie droite, technique habituelle, pour néo coecal.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

La paroi coecale est complètement envahie par le processus néoplasique. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique glandulaire, mais celui-ci devient anaplastique en certains points. Cependant, le ganglion est encore intact.

Conclusion : Forme infiltrante anaplastique de l'épithélioma glandulaire du caecum sans métastase glanglionnaire.

Evolution :

Malade encore en vie et bien portante.

Donc survie de 7 ans déjà.

OBSERVATION N° 7.

Madame F.... Mario. 87 ans

Néo du caecum + polype du transverse.

Tableau clinique :

Envoyée le 25 mai I959 pour hémorragie intestinale.

Examen radiologique : image ronde comme une bille à jouer, de contour très net et de forte opacité. Elle reste en place après la Ière évacuation.

Intervention : I7 juin I959. Dr DEVIMEUX.

Médiane sus-ombilicale dans l'intention de procéder à l'ablation d'un polype solitaire situé sur la partie gauche du transverse. En fait, on trouve une volumineuse masse colique qu'on a du mal à identifier, mais qu'on reconnaît finalement comme étant une invagination iléo-coeco-colique. On tente la désinvagination par expression, mais arrivé dans le côlon, on ne progresse plus et on est contraint d'envisager une résection. Dans cette idée, on fait un dernier essai de réduction, mais on aboutit à un éclatement de la face antérieure du côlon droit. On découvre alors que le boudin d'invagination est étranglé et sa surface remaniée par des phénomènes de nécrose.

Pour libérer le boudin, on doit fendre toute la partie antérieure du caecum et du côlon droit. On pratique ensuite une hémicolectomie droite à peu près typiquement réglée.

Rétablissement de la continuité par iléo-transversostomie termino-latérale.

Suites opératoires :

Volumineux abcès de la paroi.

Examen histologique :

Fragment du côlon : la coupe montre un épithélioma cylindrique glandulaire. Celui-ci est encore très limité. Il a l'air de plus en plus évolutif.

Evolution :

Malade décédée le 23 mars I965.

Donc survie de 6 ans.

OBSERVATION N° 8

Madame R.... Suzanne, 30 ans.

Tableau clinique :

Asthénie, amaigrissement de I0 kg en un an, anémie. Mœlena rouge noirâtre important accompagné de tendances syncopales avec nausées. Alternance de diarrhée et de constipation. A la palpation, on sent une petite masse dans la F.I.D. de la grosseur d'une mandarine dure un peu irrégulière et douloureuse à la pression.

A la radio, aspect lacunaire du caecum.

Intervention : le I9 juillet I959.
Dr BEUZART.

Néo du caecum.

Hémicolectomie droite, résection de I5 cm de grêle pour pouvoir enlever les ganglions mésentériques. Anastomose latéro-latérale.

Suites opératoires : R...S. (Sortie le 5 septembre I959)

Examen histologique :

Epithélioma cylindrique glandulaire infiltrant du côlon. Les ganglions sont en hyperplasie inflammatoire.

Evolution :

Malade décédée en I960.

Donc survie de 6 ans.

OBSERVATION N° 9

Madame H..... Marie-Agathe, 75 ans

Intervention : 2 mai I960.
Dr DEVIMEUX.
Hémicolectomie droite.

Technique habituelle pour néo sous angulaire.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Envahissement de toute l'épaisseur de la paroi colique par un épithélioma glandulaire cylindrique typique. Assez nombreuses mitoses. Stroma fibreux dense avec des plages inflammatoires. Un fragment de tissu adipeux ne présente que des lésions inflammatoires subaigues mais pas de propagation tumorale.

Evolution :

Malade toujours en vie.

Donc survie supérieure à 5 ans.

OBSERVATION N° IO

Mademoiselle J.... Odette, 35 ans.

Néo du côlon ascendant.

Intervention : 2I juillet I95I.

Hémicolectomie en 2 temps.

Ier temps par le Docteur MATRY : coecostomie.
2ème temps par le Docteur DEVINEUX :

Incision curviligne de la pointe de la IIème côte à la région sous inguinale entourant la coecostomie qui est disséquée puis enlevée avec la pièce. Rétablissement latéro-latéral. Très nombreuses adhérences. Péritonisation approximative mais satisfaisante. Drainage déclive.

Suites opératoires :

Aucun incident. Sort le IIème jour.

Evolution :

Le II janvier I95I : hystérectomie subtotale et ablation d'un kyste de l'ovaire gauche paraissant épi.

En I955, néo du second ovaire.

Histologiquement, les trois tumeurs sont différentes. Il s'agit là d'un polycancer.

La malade a vécu un peu plus de cinq ans.

OBSERVATION N° II

Monsieur P.... Louis, 74 ans.

Néo du transverse droit.

Intervention : 4 Février I960.
Dr BEUZART.

Hémicolectomie droite technique habituelle.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Epithélioma cylindrique glandulaire du côlon. Les ganglions présentent une inflammation subaigue. Pas de métastases.

Evolution :

Malade en vie.

Survie de plus de 6 ans.

OBSERVATION N° I2

Malade L ..... Clémentine, 62 ans.

Néo du caecum.

Intervention : I2 juin I952.
Dr DEVINEUX.

Hémicolectomie droite pour gros néo coecal juxta-valvulaire en un temps. Technique habituelle.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

La coupe montre, végétant et infiltrant, l'épithélioma cylindrique glandulaire du côlon droit.

Evolution :

En vie.

Donc survie de plus de I4 ans.

OBSERVATION N° I3

Madame P..... Alexandrine, 73 ans.

Néo de la valvule de Bauhin.

Intervention : 3I décembre I956.
Dr DEVIMEUX

Hémicolectomie droite avec mise en place d'une sonde de Pezzer dans le bout colique.

Suites opératoires :

Vers le cinquième jour, la sonde de Pezzer est expulsée et il s'est constitué un anus artificiel qui a évolué comme une fistule du grêle avec lâchage de toutes les sutures pariétales. L'état général s'est dégradé, et la malade est sortie à la demande de sa famille. Elle est revenue un mois après ayant très bien récupéré. On a reformé la fistule du grêle.

Evolution :

Malade toujours en vie.

Donc survie de plus de I0 ans.

OBSERVATION N° I4

Madame Q..... Juliette, 59 ans.

Cancer de l'angle droit.

Intervention : 6 Février I960.
Dr DEVIMEUX.

Hémicolectomie droite en un temps avec rétablissement par anastomose latéro-latérale.

Mèche de sorbacel dans la zone dépéritoniséo.

Suites opératoires : R.A.S.

(Sortie le 28 Février I960)

Examen histologique :

La coupe montre un énorme épithélioma cylindrique et glandulaire infiltrant toute l'épaisseur colique. Tous les ganglions juxtatumoraux sont indemnes.

Le fragment hépatique est le siège d'une fibrose avec dilatation lymphatique sans métastase.

Evolution :

A repris 20 kg en I963. Actuellement en vie.

Donc survie de 6 ans déjà.

OBSERVATION N° I5

Madame R..... Léa, 59 ans.

Néo du côlon ascendant.

Intervention : 5 mars I953.
Dr DEVINEUX.

H émicolectomie droite pour énorme tumeur. Large résection du grêle et cystectomie.

Suites opératoires : Sort le I-4 en bon état général et local.

Examn histologique :

Epithélioma glandulaire cylindrique. Les ganglions sont indemnes.

Evolution :

Décédée en I960.

Donc survie de 7 ans.

OBSERVATION N° I6

Madame M..... Berthe, 62 ans.

Néo du transverse droit.

Intervention : Mars I953.
Dr BEUZART.

Hémicolectomie droite. Technique habituelle.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Infiltration des fragments prélevés par un épithélioma glandulaire cylindrique typique. Très nombreuses mitoses. Stroma irrégulier plutôt dense avec assez nombreuses embolies lymphatiques. Les ganglions sont indemnes.

Evolution :

Entre le 3I octobre I957 pour subocclusion et douleurs dorsales et lombaires, constipation opiniâtre. Une exploration faite montre des métastases hépatiques.

Placement à l'hospice le 8.2.I958.

Survie d'environ 5 ans.

II. DECES POST - OPERATOIRES.

OBSERVATION N° I7

Madame T..... Maria, 76 ans.

Néo du côlon ascendant.

Etat clinique :

Entrée en médecine pour :

- endocardite chronique
- asystolie

Depuis un an, la malade présente :

- des oedèmes des membres inférieurs
- H.T A. à 24
- dyspnée importante surtout à l'effort avec palpitations.

A présenté dans ses antécédents, plusieurs épisodes pulmonaires étiquetés "congestion".

A l'examen cardiaque, on trouvait un souffle mitro-aortique et l'E.C.G. montrait de nombreuses extrasystoles.

En outre, le palper abdominal révèle une petite masse mobile de la F.I.D. plaquée contre la paroi postérieure.

La malade ne présentait aucun trouble digestif ni de transit.

La recherche de sang dans les selles est positive.

La formule sanguine montre une anémie à 2.800.000.

Le lavement baryté sous prostigmine montre, à la base de l'U du caecoascendant retourné (appendice sous-hépatique), une zône sténosée du sommetde l'U et une lacune image en trident en aval.

On fait alors le diagnostic de cancer du côlon ascendant en ectopie.

Intervention : 31 juillet 1956.
Dr DEVIENUX.

Incision dans le flanc droit de la IIème côte à la fosse iliaque droite. L'exploration montre un caecum sous-hépatique avec un angle droit dans la fosse iliaque et une tumeur antérieure du côlon ascendant. Le tout est mobile et on réalise une hémicolectomie droite suivant la technique habituelle. La chaîne ganglionnaire qui paraît la plus atteinte est celle de l'artère de l'angle colique droit. Le pédicule a été sectionné au ras du 3ème duodénum.

Suites opératoires - Evolution :

Dans la nuit les bruits cardiaques sont devenus très sourds et arythmiques. La tension baissait et la malade est décédée dans un tableau d'insuffisance cardiaque aigue.

Examen histologique.

Il s'agit d'un épithélioma glandulaire bien différencié. Nécrose sur une vaste surface et infiltrant toute l'épaisseur du côlon.

OBSERVATION N° I8

Madame D..... Jeanne, 79 ans.

Néo du côlon ascendant.

Intervention : 5 février I953.
Dr DEVINEUX

Enorme tumeur du côlon ascendant mobile. Pas de métastases.

On réalise une hémicolectomie droite. Technique habituelle.

Suites opératoires - Evolution :

La malade est décédée par asphyxie quelques heures après la fin de l'intervention. Il s'agit-là d'un malheureux accident lors de manoeuvres intempestives sur la sonde trachéale par le personnel infirmier.

Examen histologique :

La paroi colique est envahie par une prolifération anarchique à la fois bourgeonnante et infiltrante. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique glandulaire différencié. Les ganglions sont indemnes.

OBSERVATION N° I9

Madame C..... Alice, 68 ans.

Néo du caecum.

La malade présente depuis déjà plus de 3 mois des troubles du transit à type de constipation.

La recherche du sang dans les selles se révèle très positive.

A la palpation, on sent une grosse masse dans la F.I.D. qui paraît fixée à la paroi antérieure.

Le lavement baryté confirme le diagnostic de cancer du caecum.

Intervention : I5 juin I955.
Dr DEVIMEUX

Large incision iliaque droite. La tumeur adhère à la paroi qu'on est obligé de réséquer pour pénétrer dans la cavité abdominale.

La tumeur siège au voisinage immédiat de la valvule de Bauhin.

Hémicolectomie droite et rétablissement de la continuité par iléo-transversostomie latéro-latérale.

Suites opératoires - Evolution.

La malade est décédée le 27 juin I955 soit une semaine après l'intervention. Malheureusement, nous n'avons pu retrouver les circonstances de l'accident.

Examen histologique :

Il s'agit d'un volumineux épithélioma cylindrique glandulaire du caecum. La tumeur est sphacélée en surface. Il n'y a pas de métastase ganglionnaire.

III. DECES SURVENUS DANS LE COURS DES CINQ PREMIERES ANNEES.

OBSERVATION N° 20

Madame V... . Solange, 72 ans.

Néo du côlon ascendant.

Tumeur de la F.I.D. et du flanc droit qui à l'entrée s'accompagnait de signes d'inflammations locales.

La radio. montre qu'il existe une poche diverticulaire néoplasique en communication avec l'intestin.

Intervention : 7 septembre 1945.
Dr BOUZART.

Laparotomie exploratrice.

La tumeur tient au fascia iliaca. Comme une colectomie sera peut-être possible ultérieurement, on fait une termino-latérale avec exclusion, au lieu d'une simple iléotranversostomie. Fermeture de l'iléon bout inférieur en deux plans et deux plans d'enfouissement. Anastomose iléocolique bord à bord, technique de Robineau en 3 plans.

Le 6 octobre 1945 : incision iliaque droite, et oblique droite. En décollant le caecum et le côlon droit, on ouvre un abcès. Assèchement. On décolle très facilement le côlon droit avec la fin du grêle. Section et enfouissement du côlon transverse.

Examen macroscopique de la pièce.

En ouvrant la pièce, on constate que la muqueuse paraît normale dans toute son étendue aussi bien le grêle que le côlon. A la face postérieure du côlon, il existe une zone grande comme une pièce de un franc, un peu granuleuse et qui constitue le couvercle de l'abcès. Ceci correspond à la communication entre le côlon et la cavité rétrocolique. La paroi à ce niveau est épaissie.

Suites opératoires : Pas d'incident.

Examen histologique :

Il s'agit d'un épithélioma glandulaire cylindrique.

Evolution :

Malade décédée le 20 janvier 1946.

Donc survie de 5 mois.

OBSERVATION N° 2I

Monsieur A... Jean, 56 ans.

Née de l'angle colique droit.

En occlusion.

Intervention : I9 mars I952.
Dr DEVI[illegible]EUX.

Laparotomie exploratrice : hémicolectomie droite.

L'intestin grêle et le caecum sont distendus, épaissis, d'allure inflammatoire. L'appendice est en position rétrocoecale étonnant par sa masse volumineuse et sa rougeur : on l'enlève.

En cherchant s'il n'existe pas d'autres causes au syndrôme observé, on décèle l'existence d'un petit néo sténosant de l'angle colique droit. On procède à une hémicolectomie en un temps. Rétablissement par iléotransversostomie latéro-latérale.

Suites opératoires : R.A.S.

(Sortie le 3I mars I952)

Examen histologique :

La coupe montre un épithélioma cylindrique du côlon. Ce dernier traverse toute la paroi et arrive jusqu'au tissu graisseux. Quant au ganglion, il est indemne de métastase.

Evolution :

Malade décédé le 26 Octobre I956.

Donc survie de 4 ans.

OBSERVATION N° 22

Madame T..... Albertine, 73 ans.

Néo du colon transverse.

Malade en occlusion.

Intervention : I4 septembre I952
Dr BEUZART.

Dans le Ier temps, vu l'état de la malade, on se voit contraint de faire une simple caecostomie d'urgence. Dans un second temps, on procède à l'hémicolectomie droite. Il s'agit d'un squirrhe mobilisable.

Suites opératoires : R.A.S

Examen histologique :

Infiltration de toute l'épaisseur de la paroi par un épithélioma glandulaire parfois colloïde, mais avec des plages tubuleuses. Assez nombreuses mitoses et monstruosités nucléaires. Stroma fibreux dense.

Les trois ganglions sont en hyperplasie inflammatoire. Pas de métastase visible.

Evolution :

Malade décédée en I955.

Donc survie de 3 ans.

OBSERVATION N° 23

Madame V.... Sylvia-Maria, 67 ans.

Néo du caecum.

Intervention :I4 septembre I953.
Dr DAVI EUX.

Hémicolectomie droite pour tumeur coecale. Technique habituelle.

Suites operatoires : R.A.S.
(Sortie le 20 octobre I953)

Examen histologique :

La prolifération tumorale est constituée par des tubes glandulaires. Certains tubes sont largement dilatés et contiennent un abondant mucus. Conclusion : épithélioma différencié du côlon sans métastase glandulaire.

Evolution :

Malade décédée le 24 décembre 1953.

Donc survie de 3 mois.

OBSERVATION N° 24

Monsieur J..... Louis, 76 ans.

Néo de l'angle droit.

Intervention : 21 avril 1960
Dr DEVIENEUX

Hémicolectomie droite pour néo de l'angle colique droit. Technique habituelle + cure hernie inguinale droite.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Tumeur anarchique qui est constituée par de grandes cellules cylindriques basophiles. Ces dernières se disposent en ébauche de tubes glandulaires. Elles envahissent toute l'épaisseur de la paroi.

Conclusion : épithélioma cylindrique glandulaire du colon droit.

Evolution :

Le IO février I96I: revu en excellent état général et local.

Malade décédé le 25 juillet I963.

Donc survie de 3 ans.

OBSERVATION N° 25

Madame M..... Renée, 65 ans.

Néo du côlon ascendant.

Intervention : 23 avril I953.
Dr DEVILLEUX.

Néo du côlon droit.

Hémicolectomie droite, plus cholécystectomie.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

La paroi du côlon est envahie d'une façon massive par les boyaux néoplastiques. Ces derniers conservent le type glandulaire. Ils sont faits de hautes cellules cylindriques. Conclusion : forme étendue de l'épithélioma glandulaire du côlon.

Evolution :

Malade décédée en novembre I955.

Donc survie de 2 ans et demi.

OBSERVATION N° 26

Monsieur N.... Léon, 73 ans.

Néo du caecum.

Intervention : 29 avril I957.
Dr BEUZART.

Médiane sus-ombilicale. La tumeur excessivement volumineuse atteint la ligne médiane, elle soulève et refoule en dedans la région iléo-coccale sans qu'on puisse affirmer l'origine coecale.

On exécute dans un premier temps une iléotransversostomie, puis dans un deuxième temps, une hémicolectomie droite.

Suites opératoires : R.A.S.

(Sorti le 20 juin I957)

Examen histologique :

La coupe montre un épithélioma cylindrique du caecum.

Evolution :

Malade décédé le 30 octobre I957.

Donc survie de 6 mois.

OBSERVATION N° 27

Madame D..... Louise, 62 ans.

Néo du côlon transverse droit.

Intervention : Octobre 1958.
Dr DAVIDEUX.

Néo du côlon droit.

Hémicolectomie droite en un temps.
Technique habituelle.

Suites opératoires :

Aucun incident.

Examen histologique :

Toute l'épaisseur de la paroi du côlon est infectée par le néoplasme. C'est un épithélioma cylindrique glandulaire aussi actif que différencié.
Le néo contient des propagations en pleine activité.

Evolution :

Décédée en mars 1960.

Donc survie de 18 mois.

OBSERVATION N° 28.

Madame D..... Joannine, 58 ans.

Néo du tranverse droit.

Intervention : Septembre 1960.
Dr BUZART.

Tumeur du transverse droit. Pas de métastase perceptible. On réalise une hémicolectomie droite. Anastomose par iléo-transversostomie.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Envahissement de toute l'épaisseur de la paroi colique par un épithélioma cylindrique glandulaire typique. Nombreuses mitoses. Stroma dense et fibreux. Quelques embolies lymphatiques.

Evolution :

Malade décédée en novembre 1962
Donc survie de 2 ans.

OBSERVATION N° 29

Monsieur D.. ... Jean, 76 ans.

Néo du caecum.

Intervention : Octobre 1960.
Dr BAUZART.

Néo du caecum.

Hémicolectomie en un temps.
Technique habituelle.

Suites opératoires : R.A.S.

Examen histologique :

Epithélioma glandulaire cylindrique typique. Nombreuses mitoses. Stroma en général dense avec quelques foyers inflammatoires. Les deux ganglions sont indemnes.

Evolution :

Récidive au bout de deux ans.
Décédée par occlusion.

OBSERVATION N° 30

Madame D.... Alberte, 63 ans

Néo du côlon transverse droit.

Intervention : 22 juin 1958.
Dr BEUZART.

Hémicolectomie droite pour néo du transverse. Pas de métastases. Anastomose latéro-latérale.

Suites opératoires :

Phlébite des membres inférieurs trois jours après l'intervention qui a cédé sous traitement anticoagulant.

Examen histologique :

Epithélioma infiltrant à cellules cylindriques du type glandulaire. Envahit toute l'épaisseur de la paroi du côlon.

C'est un épithélioma à cellules cylindriques typiques ou atypiques formant tantôt des cryptes glanduliformes de petite taille, tantôt des cordons pleins. Activité cinétique moyenne. Stroma fibroblastique.

Evolution :

Décédée le 13 Février 1961.
Donc survie de 3 ans environ.

LES INTERVENTIONS PALLIATIVES.

RESUME DES OBSERVATIONS.

I. EXPLORATIONS.

OBSERVATION N° 31.

Monsieur D..... Charles, 57 ans.

Néo du côlon transverse.

Intervention : 5 septembre 1956.
Dr DEVINEUX.

Médiane sus-ombilicale. Ascite. Granulations péritonéales hépatiques, généralisées.
Métastases hépatiques.
Tumeur primitive siégeant sur la partie droite du transverse.

Evolution :

Décédé le 26 septembre 1956.

OBSERVATION N° 32

Monsieur S..... Léon, 68 ans.

Intervention : 10 janvier 1957.
Dr BEUZART.

Néo du caecum volumineux. Abstention en raison de l'état cardiaque du malade

t du désir du médecin traitant. A regagné
on domicile quelques jours après l'inter-
ention.

OBSERVATION N° 33

Madame B ..... Marie-Louise, 73 ans.

Intervention : 8 décembre 1958.
Dr DEVIMEUX.

Exploratrice. Néo de l'angle droit.
Foie truffé. Abstention.

A regagné son domicile à la demande
e sa famille.

I. CAECOSTOMIES.

OBSERVATION N° 34

Monsieur O..... Hippolite, 80 ans.

Intervention : 17 mai 1959.
Dr DEVIMEUX.

Malade en occlusion. On découvre
n néo du transverse inextirpable. Caecos-
omie.

Evolution :

Décédé le 2 juin 1959.

OBSERVATION N° 35

Madame M ..... Henriette, 80 ans.

Intervention : 7 juillet 1957.
Dr BEUZART.

Occlusion portant sur la fin du grêle. Celui-ci est modérément distendu. Néo en virole de l'angle sous-hépatique avec un peu d'ascite. Vu la précarité de l'état du malade et son âgé, on fait uniquement une caecostomie sans pouvoir envisager d'iléo-transversostomie.

Evolution :

Décédée le 10 juillet 1957.

OBSERVATION N° 36

Madame R..... Hélène, 70 ans.

Intervention : 26 juillet 1957.
Dr BEUZART.

Occlusion. On découvre un néo sténosant du côlon ascendant, avec métastases hépatiques. On fait une simple caecostomie.

Evolution :

Décès le 1er août 1957.

III. LES ILEO - TRANSVERSOSTOMIES.

OBSERVATION N° 37

Madame L..... Marie, 66 ans.

Intervention : 26 Février 1957.
Dr DEVI LUX.

Iléo-transversostomie pour néo du transverse avec propagation prépancréatique inextirpable.

Evolution :

A regagné son domicile après reprise du transit.

Décédé trois mois après.

OBSERVATION N° 38

Madame S..... Françoise, 70 ans.

Intervention : 23 mars 1960.
Dr DEVIMEUX.

Occlusion chronique pour tumeur caecale avec pelotonnement adhérentiel de la dernière anse grêle.

C'est largement en amont de l'angle iléocaecal qu'on peut établir une iléo-transversostomie isopéristaltique entre un grêle distendu et un côlon plat.

Pas d'exclusion de la zône pathologique.

Evolution :

Décédée le I3 avril I960.

OBSERVATION N° 39

Madame L..... Rachel, 64 ans.

Intervention : II Février I957.
Dr DEVIMEUX

Néo du caecum adhérant. Iléo-transversostomie iso-péristaltique sans exclusion.

Evolution :

Décédée en Juillet I957.
Survie de 5 mois.

OBSERVATION N° 40

Monsieur F..... Gaston, 68 ans.

Intervention : 7 mai I95I.
Dr DEVIMEUX.

Néo du caecum largement fixé. Semis nodulaire sur le péritoine. Iléo-transversostomie sans exclusion.

Evolution :

Survie de 2 mois environ.

OBSERVATION N° 41

Monsieur L ..... Henri, 49 ans.

Intervention : I5 mai I95I.
Dr BEUZART.

Néo du côlon droit, partie moyenne profondément infectée.
Iléo-transversostomie latéro-latérale en 3 plans avec exclusion unilatérale.

Evolution :

Décédé quelques jours après.

OBSERVATION N° 42

Monsieur C ..... Jules, 74 ans.

Intervention : I5 mai I959.
Dr DEVIMEUX.

Néo du côlon ascendant. Iléo-transversostomie sans exclusion.

Evolution :

Décédé le 22 novembre I959.

Survie de 6 mois.

==========

E T I O L O G I E

Nous étudierons respectivement :

I° - Le sexe du malade.

2° - L'âge du malade.

3° - L'examen du malade

- la symptômatologie clinique.
- la tumeur.

4° - L'examen radiologique.

I. LE SEXE DU MALADE.

Classiquement, le cancer du côlon frappe également les deux sexes.

Dans notre étude, sur 42 malades, on note 29 femmes et I3 hommes, soit une proportion de :

69 % pour la femme
et 30,9 % pour l'homme.

Cette nette prédominance chez la femme a été également constatée par :

Hum sur 6I cas : 38 femmes soit 62 %

23 hommes soit 38 %

Bienaymé étudiant 82 cas, trouve la même proportion ainsi que Bertrand et Gilbertas sur 7I cas.

Concernant le pronostic, il nous semble que l'on peut se montrer un peu plus optimiste chez la femme que chez l'homme. Nous retrouvons dans nos observations les chiffres suivants :

I3 femmes sur 20, soit 65 % qui ont dépassé 5 ans de survie.

3 hommes sur 7, soit 42,7I % ont dépassé la même survie.

Par contre, les trois décès post-opératoires que nous avons eu, ne sont que des femmes.

Cet ensemble nous conduit à conclure que le cancer du côlon droit est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais que le pronostic de ce cancer nous semble meilleur chez la femme.

II. AGE DU MALADE.

AGE	FEMMES	HOMMES	TOTAL
20 à 29 ans ..	0	0	0
30 à 39 ans ..	2	0	2
40 à 49 ans ..	0	I	I
50 à 59 ans ..	3	3	6
60 à 69 ans ..	I2	3	I5
70 à 79 ans ..	9	6	I5
80 à 89 ans ..	3	0	3

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons tout d'abord, qu'environ la totalité des malades sont âgés de plus de 50 ans. Les malades de moins de 50 ans représentent 0,07 %. L'âge moyen est de 66,6 ans.

C'est plus précisément entre 60 et 80 ans que se situe la plus grande fréquence de ce cancer.

Le plus grand nombre de nos malades se situe dans cette tranche d'âge : 30 malades sur 42 soit 71,42 %.

Ensuite si nous considérons chaque sexe séparément :

Pour les femmes, la fréquence est légèrement plus importante entre 60 et 70 ans qu'entre 70 et 80 ans.

Par contre, chez l'homme, le cancer est nettement plus fréquent entre 70 et 80 ans qu'entre 60 et 70 ans.

Nous retrouvons des chiffres équivalents, quant au résultat général, dans les statistiques de :

- Bienaymé 83 % entre 50 et 80 ans avec une fréquence maxima entre 60 et 70 ans.

- Hun trouve : 70 % entre 60 et 80 ans
80 % " 50 et 80 "
âgé moyen 67 ans.

- Dellanoy et Lagache (162 cas) notent une proportion de 75 % entre 50 et 80 ans, l'âge moyen étant de 60 ans.

Pronostic.

Les survies sont-elles plus longues selon telle ou telle tranche d'âge ?

Age	Hémi-colec-tomies	Survies de + de 5 ans	Décès Post-oper.
30 à 40 ans	2	2 soit I00%	
40 à 50 ans			
50 à 60 ans	5	3 soit 60 %	
60 à 70 ans	II	6 soit54,54%	I
70 à 80 ans	I0	3 soit 30 %	2
80 à 90 ans	2	2 soit I00 %	

La plupart de nos opérés sont âgés de 50 à 80 ans.

Nous avons enregistré des différences sensibles de survie entre les 3 groupes d'âge et surtout entre les 2 dernières où le pourcentage de survie tombe de 54,5 % à 30 %.

L'âge plus élevé de ces malades serait-il la raison de cette différence ? Nous n'avons pu connaître la cause du décès dans nombre de cas.

III. EXAMEN DU MALADE.

I° - La symptômatologie clinique.

Vu la banalité des signes et le développement lent de la tumeur, le malade vient consul-

ter à un stade très avancé de l'évolution. Sur 42 malades, I2 sont arrivés alors qu'ils n'étaient plus opérables. C'est ainsi qu'en moyenne, ces derniers viennent consulter 6 ou I2 mois après le début de la maladie.

- Des phénomènes douloureux sont souvent le premier symptôme.

  C'est une simple gêne ou pesanteur au niveau de la tumeur ou souvent iliaque droite, pseudo appendiculaire même si la tumeur est située à gauche (classique signe de Bouveret). Plus significatifs sont les accès de coliques paroxystiques accompagnées de ballonnements calmés par l'émission de gaz évoquant sans doute un état subocclusif.
  Sur les 62 observations que rapporte Hum dans son étude, 35 malades ont présenté des manifestations douloureuses.

- Les troubles du transit sont très fréquents.

  Il peut s'agir : soit d'une constipation tenace,
  soit d'une diarrhée rebelle classiquement plus fréquente,
  soit d'alternatives de diarrhée et de constipation.

  Le diagnostic de colite est souvent posé.

- les hémorragies ne sont pas rares, se traduisant par émission de sang rouge par l'anus (I4 cas sur 62 malades dans les statistiques de H um)
ou de moelena (7 fois)

- Les occlusions dont l'origine est un cancer colique droit sont très fréquentes.

Sur nos 42 malades, 6 sont arrivés dans le service en état d'occlusion aigue.

Hum rapporte 5 cas d'occlusions aigus sur 62 malades.
Bienaymé, 9 occlusions aigus sur 82 malades observés.

- Dans un grand nombre de cas, les signes révélateurs sont encore plus trompeurs.

Ainsi peut-on voir : des signes gastriques avec vomissements et pesanteurs post-prandiales, des signes pseudo- hépato-vésiculaires (néo de l'angle droit), génitaux, urinaires.

- L'atteinte de l'état général avec :

. anémie
. amaigrissement
. état fébril
. asthénie

pose un problème encore plus difficile à moins qu'on ne décide un

examen radiologique complet du tube digestif.

2° - La tumeur à la palpation.

Il est des cas où la tumeur du côlon est palpable surtout quand elle siège sur le caecum. Cette masse palpable représente la tumeur et la réaction inflammatoire péritumorale susceptible de régresser sous un traitement antibiotique, d'où les variations de volume de la tumeur lors des différents examens successifs.

De nos 42 malades, 9 présentaient une tumeur palpable.

Dans 5 cas le cancer siégeait sur le caecum, dans 3 cas sur le côlon ascendant et I cas en aval de l'angle hépatique.

Chez Hum, 43 malades sur 62 présentaient une tumeur cliniquement palpable.

En conclusion de ce chapitre, le diagnostic clinique de cancer colique est porté très tard, vu que les symptômes de début sont très vagues, et n'inquiètent pas le malade.

La triade classique diarrhée, entérorragie et tumeur n'est retrouvée que rarement. Le plus souvent, chacun de ces signes est retrouvé isolément et doit nous faire rechercher le diagnostic.

Delanoy et Lagache étudiant les symptômes cliniques chez I62 malades présentant un cancer du côlon droit trouvent les résultats suivants :

troubles du transit	28,5 %
crises coliques	2,5 %
syndrôme de	5 %
occlusion aigue	30 %
tumeur palpable	45 %
Hémorragies intestinales	I3 %
grosse altération de l'état général	43 %

Hum, chez 62 malades :

39 malades ont présenté des troubles du transit nets.

I4 malades ont eu des émissions de sang rouge par l'anus.

7 malades, des moelenas.

5 occlusions aigues.

I6 malades ont présenté des manifestations douloureuses.

La tumeur était palpable dans 43 cas.

IV. L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

L'examen radiologique par lavement baryté est essentiel pour porter le diagnostic de cancer colique.

Les images les plus discrètes sont aussi les plus intéressantes pour la précocité

du diagnostic.

Nous résumerons brièvement les principales images trouvées au cours de cet examen.

- Les lacunes ont été trouvées dans la plupart des cas. Le plus souvent sous la forme d'un défilé irrégulier, plus ou moins étroit et tortueux.

La partie en amont de ce rétrécissement est distendue et hyperpéristaltique.

Parfois, ce défilé est si étroit que la baryte ne peut passer et provoque alors l'arrêt du lavement.

- Images cratériformes traduisant une ulcération, plage opaque centrale centrée par un bourrelet clair (observation n° 7)

Toutes ces images peuvent être associées comme dans l'observation n° I7 où l'on trouve une lacune-image en trident.

==========

A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E.

Nous étudierons successivement :

1° - La localisation du cancer.

2° - L'aspect macroscopique de la tumeur et ses dimensions.

3° - L'envahissement ganglionnaire.

4° - L'envahissement local.

5° - L'envahissement métastatique.

6° - Le type histologique du cancer.

I. LA LOCALISATION DU CANCER.

Chez les 42 malades opérés, la répartition du cancer suivant les différents segments du côlon droit est la suivante :

- cancer du caecum ..... I5 cas soit 35,7I %
- côlon ascendant ..... I2 cas soit 28,57 %
- angle hépatique ..... 5 cas soit II,90 %
- transverse droit ..... I0 cas soit 23,80 %

Bienaymé (82 cas) obtient les résultats suivants :

- caecum 26
- caeco-valvulaire 2
- caeco-ascendant I2
- ascendant I6
- angle droit I0
- transverse droit II
- 2 sièges non précisés.

Sénèque et Chatelin (40 cas).

- caecum I2
- valvule 2
- ascendant I3
- angle droit 8
- transverse droit 3

et 2 doubles localisations.

Bertrand et Gilbertas (7I cas)

- caecum I8
- valvule 2
- ascendant I4
- angle droit 7
- transverse droit 6

Gilbertsen (I50 cas)

- caecum II4
- ascendant 24
- angle droit I3

Hun (6I cas)

- caecum 20
- juxta-valvulaire ... 4
- ascendant 20
- angle droit I2
- transverse droit ... 4

I malade double localisation.

Ainsi, la région iléo-caecale est de tous les segments coliques, celle qui est le plus fréquemment le siège d'un cancer. Vient ensuite le côlon ascendant.

II. L'ASPECT MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR ET SES DIMENSIONS.

Les cancers végétants du type encéphaloïde sont les plus souvent rencontrés. La tumeur est de volume assez important constituée (dans la lumière intestinale) par de nombreuses végétations friables et très vascularisées, en forme de chou-fleur et parfois ulcérées. Extérieurement, l'aspect de la tumeur est bosselé mais parfois ne fait pas même saillie sur la paroi colique.

Les squirrhes sont beaucoup plus rares. Leur volume est moins important. La sténose qu'ils provoquent entraîne une dilatation du segment colique sus-jacent. Intérieurement, la muqueuse est soit intacte et alors de couleur blanchâtre, soit ulcérée.

Il existe presque toujours un certain degré d'inflammation autour de la tumeur avec de nombreuses adhérences.

Dans deux cas, nous avons trouvé un cancer abcédé et dans un autre cas, la tumeur caecale a entraîné une invagination iléo-caecocolique.

III. L'ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE.

L'envahissement lymphatique intéresse dans l'ordre :

- les ganglions épicoliques sur la paroi colique.

- les ganglions paracoliques le long de l'arcade marginale.

- Les ganglions intermédiaires avec :

a) un groupe iléocaecocolique

b) un groupe colique supérieur droit.

Puis le tronc lymphatique droit ainsi formé gagne le confluent droit des lymphatiques viscéraux, lequel aboutit derrière le corps du pancréas au groupe ganglionnaire préaortique.

Les examens histologiques des pièces opératoires de tous nos malades n'ont jamais montré d'envahissement des ganglions. Dans 4 cas, un aspect congestif bénin a été constaté.

Hum rapporte sur 41 pièces d'hémicolectomies droites, 31 fois ont été prélevés des ganglions palpables ; dans 23 cas, on a noté une simple hyperplasie lymphoïde banal et dans 8 cas, les ganglions étaient envahis. Il s'agit de 6 cancers du côlon ascendant, I cancer du caecum et un cancer de l'angle droit.

IV. L'ENVAHISSEMENT LOCAL.

La classification bien connuedes tumeurs suivant le degré d'extension locale et des ganglions (Dukes) a récemment été modifiée par Asker et Coller.

Type
- A lésion limitée à la muqueuse
- B1 lésion étendue à la musculeuse mais ne pénétrant pas, sans envahissement des ganglions.
- B2 lésion pénétrant la musculeuse sans ganglions envahis.
- C1 lésion pénétrant la musculeuse avec ganglions envahis.
- C2 lésion pénétrant la musculeuse B2 avec ganglions envahis.
- D complication dans un tissu nodal.

Il est parfois très difficile devisu, de différencier au stade D des adhérences inflammatoires d'un envahissement néoplasique.

Chez les 30 malades ayant subi une hémicolectomie droite, I seul cas présentait un cancer ayant franchi la paroi colique. Chez tous les autres le degré d'extension était au stade A ou B1.

Par contre, chez les I2 malades n'ayant eu que des interventions palliatives, le cancer était au stade D avec parfois envahissement métastatique.

V. L'ENVAHISSEMENT METASTATIQUE.

Dans l'ensemble de nos malades, on a découvert :

- dans 2 cas, une carcinose péritonéale, dont une avec ascite.
- dans 2 cas, une ascite.
- et dans 2 cas, des métastases hépatiques.

H un sur 62 cas :

- 5 cas de carcinose péritonéale dont 3 avec ascite.
- 7 cas de métastases hépatiques.

VI. LE TYPE HISTOLOGIQUE DU CANCER.

Il existe 3 variétés de cancer au point de vue histologique :

- les épithéliomas cylindriques typiques qui sont des adénocarcinomes.
- les épithéliomas atypiques ou indifférenciés qui sont des carcinomes pleins (boyaux cellulaires sans lumière).
- les cancers colloïdes.

Dans l'ensemble de nos cas, nous avons eu :

- 8 cas d'épithéliomas cylindriques atypiques.
- I9 cas d'épithéliomas cylindriques typiques.
- I cas de cancer colloïde.
- I cas d'épithélioma cylindrique typique ou atypique, formant tantôt des cryptes glanduliformes, tantôt des cordons pleins.

Dans les 40 cas de Hum, les différents types histologiques se répartissent de la façon suivante :

- II cas d'épithéliomas glandulaires typiques.
- I2 cas d'épithéliomas glandulaires atypiques dont I qualifié de sarcomatoïde.
- I7 fois de caractère colloïde.

==========

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ET SES RESULTATS.

I. LES DIFFERENTES INTERVENTIONS.

A - Les interventions palliatives.

I) Les laparotomies exploratrices.

L'intervention a consisté à faire l'inventaire des lésions sans qu'on puisse rien tenter devant la généralisation du cancer.

2) Les coccostomies.

C'est là un mode d'intervention tout à fait dérisoire. Cependant, trois malades ont subi cette opération. Tous trois sont arrivés dans le service en état d'occlusion datant de quelques jours ; leur état général et l'évolution de leur tumeur étaient tels qu'on ne pouvait pas même tenter de réaliser une dérivation interne.

3) Les iléo-transversostomies.

Au nombre de six.

Le cancer est inextirpable et on a eu recours à une dérivation palliative définitive permettant ainsi un transit satisfaisant.

B - Interventions à visée curative.

Les hémicolectomies droites.

Il a été réalisé quatre hémicolectomies en deux temps. Une par le Docteur MATRY en 1951 et les trois autres par le Docteur BEUZART.

Toutes les autres, c'est-à-dire 26, ont été pratiquées en un seul temps.

II. LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES.

Tous les opérés ont été mis en aspiration jusqu'à reprise normale du transit. Ils ont bénéficié d'une large antibiothérapie, et le lever a été précoce.

A - Les laparotomies exploratrices.

L'un des malades est décédé dans les suites opératoires ; les deux autres ont regagné leur domicile à la demande de leur famille.

B - Les coecostomies.

Tous sont décédés quelques jours après l'intervention (troisième, cinquième et quinzième jour.)

C - Les iléo-transversostomies.

On a enregistré deux décès précoces. Les quatre autres ont regagné leur domicile après reprise du transit.

D - Les hémicolectomies.

I) Mortalité opératoire.

Trois opérés sont décédés dans les suites opératoires immédiates.

Le premier est mort accidentellement le jour même de l'intervention par asphyxie (fausse manoeuvre du personnel infirmier).

Le deuxième est décédé le lendemain de l'intervention d'un insuffisance cardiaque probable. Il s'agissait d'une femme de 76 ans présentant une endocardite chronique avec asystomie. Oedèmes des membres inférieurs. H.T.A. à 24. L'examen cardiaque montrait des extrasystoles ; un souffle mitro-aortique. Essoufflements +++ ; palpitations.

Le troisième opéré est décédé une semaine après l'intervention. Les circonstances du décès ne sont pas connues.

2) Morbidité post-opératoire.

Vingt-sept ont donc survécu à

l'intervention. Quatre malades ont présenté des incidents dans les suites opératoires.

L'un a présenté trois jours après l'intervention une hémorragie de sang rouge, de quantité abondante, par l'anus avec matières et gaz. A eu une transfusion sanguine. Puis tout est redevenu normal. Il a pu quitter le service quinze jours après en excellent état local et général.

Un autre a présenté un volumineux abcès de paroi.

Un troisième, une thrombose des membres inférieurs, qui a cédé sous traitement anticoagulant.

Un quatrième à qui on a mis une sonde de Pezzer dans le but colique, a rejeté celle-ci au bout du cinquième jour et il s'est constitué un anus artificiel qui a évolué comme une fistule du grêle avec lâchage de toutes les sutures pariétales. L'état général s'est considérablement dégradé, au point que la famille a préféré le ramener à son domicile en prévision d'une mort très proche. Un mois après, le malade est revenu à notre grande surprise en excellent état général. La famille affirme qu'il n'a reçu entre temps, aucun traitement médical. La fistule du grêle fonctionnait comme un anus artificiel qu'on a refermé et tout a très bien cicatrisé.

Tous les autres opérés ont eu des suites normales sans incident.

III. EN CONCLUSION.

I - Sur le plan pratique, deux sortes d'interventions ont été réalisées :

Les iléo-transversostomies palliatives, définitives qui s'adressaient à des cancers inextirpables et qui ont pour but de rétablir un transit quasi normal et parer à une éventuelle occlusion.

et les hémicolectomies qui ont une visée curative.

2 - Résécabilité

Sur un total de 42 cancers du côlon droit, on a procédé à 30 hémicolectomies, soit 71,42 %.

On trouve des résultats similaires dans les statistiques de Bienaymé, Hum, Yovanovitch, Sénèque et Chatelin :

- Bienaymé, sur 82 cas, obtient 62,5 %.
- Hum, sur 61 cas, obtient 67 %
- Yovanovitch, en 1958, sur 63 cas, obtient 76 %.
- Sénèque et Chatelin, en 1957, sur 40 cas, obtiennent 77 %.

Si l'on étudie la résécabilité suivant les différentes localisations du cancer du côlon droit :

	Nombre de cas	Hémicolectomie droite.	Taux
Caecum	I5	II	73,3%
Côlon ascendant	I2	9	66,6%
Angle hépatique	5	3	60 %
Transverse droit	I0	7	70 %

D'après le tableau obtenu, nous constatons que les cancers du caecum comportent le taux de resecabilité le plus élevé, et les cancers de l'angle hépatique le taux le plus faible.

Il en est de même dans la plupart des travaux que nous avons consultés :

Bienaymé étudiant 82 cas, trouve :

caecum et ascendant ..... 75 %
angle droit ..... 50 %

Smiddy et Coligher :

angle droit ..... 58 %
ascendant ..... 50 %
Caecum ..... 57 %

Hum (6I cas)

Caecum	60 %
juxta-valvulaire	75 %
ascendant	75 %
angle droit	58 %
transverse droit	75 %

3 - Mortalité opératoire.

Lors de 30 hémicolectomies, on a enregistré 3 décès soit I0 % des opérés.

Comparaison des taux de mortalité des hémicolectomies droites :

Ginsgurg, Freund et Duiling	4,5 %
Muir	8,4 %
Grimoud	I8 %
Sénèque et Chatelin	6,4 %
Bienaymé	20 %
Hum	I0 %

4 - Les cancers compliqués.

a) Malades en occlusion

Dans notre étude, on relève 6 observations de malades en occlusion.

- Deux malades ont subi une hémi-

colectomie droite :

Le premier, âgé de 56 ans, a subi une laparotomie exploratrice (Docteur Devimeux) au cours de laquelle on découvre un intestin grêle et un caecum distendus, d'allure inflammatoire. On réalise l'ablation de l'appendice qui était énorme et très rouge. En cherchant s'il n'y avait pas d'autres causes à cette occlusion, on a découvert un petit néo sténosant de l'angle colique droit. On réalise alors une hémicolectomie droite en un temps avec rétablissement par iléo-transversostomie latéro-latérale.

Les suites opératoires ont été très bonnes. Le malade a survécu pendant quatre ans.

Le deuxième cas est une femme âgée de 73 ans.

Au cours de l'intervention (Docteur Bouzart) on découvre un néo du côlon transverse droit. Devant l'état de la malade, on est contraint de faire une simple caecostomie. L'état de la malade s'étant amélioré, on a pu réaliser dans un second temps une hémicolectomie droite.

La malade a survécu trois ans.

- Trois autres malades en occlusion (I pour néo du transverse, I autre pour néo de l'angle sous hépatique et le dernier pour néo du côlon ascendant) ont subi une caecostomie en urgence, mais tous trois sont morts quelques jours après l'intervention.

- Le dernier enfin, présentant un néo du caecum a eu une iléo-transversostomie sans exclusion de la zône pathologique, est décédé I5 jours après l'intervention.

Ainsi, sur un total de six malades, deux seulement ont survécu aux suites opératoires immédiates et aucun n'a dépassé cinq ans de survie.

Vu le nombre réduit de cas dont nous disposons, on ne peut tirer de conclusions valables. Cependant, précisons que les caecostomies et les iléo-transversostomies sont des interventions très aléatoires, et nous essayons de les éviter le plus possible.

Actuellement, nous recherchons toujours à faire d'emblée une hémicolectomie droite en un temps. Malheureusement, malgré une bonne réanimation préopératoire, (aspiration intestinale, perfusions équilibrantes), l'état du malade ne le permet pas très souvent.

Jean Bienaymé, sur un total de 82 malades opérés, neuf étaient en occlusion :

- Trois malades porteurs de cancers sténosants du transverse droit ont été traités par typhlostomie (I décès post-opératoire, le deuxième cas a subi une dérivation interne secondaire et le troisième, une colectomie segmentaire qui fut mortelle).

- Cinq malades ont été traités d'emblée par iléo-transversostomie avec deux morts post-opératoires et une seule hémicolec-

tomie secondaire au bout de 27 jours avec succès. Chez les deux autres, l'hémicolectomie secondaire fut considérée comme impossible.

- Le dernier malade a subi une hémicolectomie d'emblée, mais décède au 29ème jour .

Hum étudiant 6I cas, relève cinq cas de malades en occlusion et pour lesquels il fut réalisé :

- 2 iléo-transversostomies d'emblée
- I hémicolectomie droite en deux temps.
- 2 hémicolectomies droites en un temps.

Les trois hémicolectomies ont survécu.

b) Les cancers abcédés.

Nous avons relevé deux cas.

Dans le premier cas (néo du côlon ascendant) l'hémicolectomie a été faite en deux temps, et le malade n'a survécu que cinq mois.

Dans le deuxième cas, pour néo du côlon ascendant également, on n'a pu réaliser qu'une iléo-transversostomie latéro-latérale. Mais le malade est décédé quelques jours après.

Bienaymé a relevé quatre cas : un seul malade a subi une hémicolectomie secondaire et il est mort le troisième jour.

Les cancers abcédés sont des cancers très graves et le diagnostic doit être porté avant de procéder à l'hémicolectomie.

Monsieur le Professeur Quenu et Bienaymé préconisent la conduite thérapeutique suivante :

I° - Incision de l'abcès.

2° - Antibiothérapie intense.

3° - Si l'étendue des lésions le permet très vite au bout de quelques jours, dès la sédation des phénomènes aigus d'infection, procéder à l'hémicolectomie.

==========

LES RESULTATS ELOIGNES.

I) Les laparotomies exploratrices.

Sur trois malades, nous avons eu un décès post-opératoire et les deux autres sont morts très peu de temps après l'intervention.

2) Les coccostomies.

Une seule coccostomie a pu permettre dans un second temps de pratiquer une hémicolectomie droite. Tous les autres malades sont décédés dans les jours qui suivaient.

3) Les iléo-transversostomies.

On a enregistré deux décès précoces. Aucun des quatre autres n'a survécu plus de six mois :

Le Ier est décédé 2 mois après l'intervention.
Le 2è est décédé 3 mois après l'intervention.
Le 3è est décédé 5 mois après l'intervention.
Le 4è est décédé 6 mois après l'intervention.

4) Les hémicolectomies.

Trente malades ont été opérés par hémicolectomie, trois sont décédés dans les suites opératoires, nous disposons ainsi de 27 cas pour cette étude. Tous les malades ou leur famille ont été contactés, mais malheureusement nous n'avons pu toujours déterminer la cause du décès. Il a été attribué alors à l'évolution du cancer.

8 Opérés sont en vie actuellement :

I survie toujours acquise I4 ans après l'intervention.

2 survies toujours acquises I0 ans après l'intervention.

2 survies toujours acquises 7 ans après l'intervention.

2 survies toujours acquises 6 ans après l'intervention.

I survie toujours acquise 5 ans après l'intervention.

Parmi les décédés, huit malades ont survécu plus de 5 ans :

I malade est décédé II ans après l'intervention de récidive.

I autre, est décédé 7 ans après l'intervention de récidive.

3 autres, sont décédés 6 ans après l'intervention de récidive.

Les 3 derniers, un peu plus de 5 ans après l'intervention.

Nous comptons ainsi I6 survies supérieures à 5 ans dont 8 sont encore en vie, soit un pourcentage de 59,25 %.

Les survies inférieures à 5 ans représentent un total de II malades :

I opéré décédé 4 ans après

4 opérés décédés 3 ans après.

I opéré décédé 2 ans I/2 après.

2 opérés décédés 2 ans après.

I opéré décédé I an après.

2 opérés décédés 6 mois environ après.

Ainsi, les malades ayant survécu moins de 5 ans après l'intervention, représentent 40,75 % des opérés.

En conclusion, 30 malades ont subi une hémicolectomie droite :

3 malades sont décédés des suites opératoires immédiates, soit I0 % des opérés.

II survies inférieures à 5 ans, soit 40,75 %.

I6 survies supérieures à 5 ans, soit 59,25 %,
dont 4 ont dépassé I0 ans et 5 autres sont encore en vie après 5 ans.

Hum obtient un taux de survie supérieur à 5 ans égal à 42 %.

Golbertsen, sur 97 hémicolectomies droites, enregistre 69,5 % de survies supérieures à 5 ans.

Bienaymé, étudiant le pourcentage de survie tous les ans, obtient le tableau suivant :

Temps d'observation	Collectonies	Vivants	Survie	Mortalité totale
I an	36	29	8I %	25 %
2 ans	3I	20	64 %	35 %
3 ans	27	I5	55 %	4I %
4 ans	25	I2	48 %	48 %
5 ans	25	I2	48 %	52 %
6 ans	25	I0	40 %	60 %
7 ans	23	8	35 %	65 %
8 ans	I8	7	39 %	6I %
9 ans	I7	6	35 %	64 %
I0 ans	I6	5	3I %	69 %
I5 ans	8	I	I2 %	87 %
20 ans	5	0	0 %	I00 %

On constate que le taux augmente très vite les premières années et qu'à partir de la 7ème année, cette progression est nettement plus faible. Si nous représentions ces résultats par une courbe, la pente de celle-ci deviendrait presque nulle à partir de la septième année.

MonsieurBienaymé arrive à cette conclusion : "les chances de survie pour un opéré de rester guéri de son cancer augmentent avec les années. Elles sont de l'ordre de 45 % à sa sortie de l'hôpital et atteignent 100 % au bout de 7 ans."

Il est à noter que dans notre étude, sept malades ont dépassé le cap des sept années, et sur ces sept malades, deux sont décédés de récidive, l'un à la septième année l'autre à la IIème année. Ce dernier avait été opéré d'un néo du caecum pour lequelavait été faite une hémicolectomie droite. L'examen histologique révèlait un épithélioma trabéculaire sans métastase lymphatique. II ans après, il a présenté une fistule colo-duodénale (partie droite du transverse et partie inférieure du deuxième duodénum, gros bloc adhérant nécrotique en son centre) qui a été vérifiée à l'autopsie et à l'histologie. (épithélioma cylindrique glandulaire).

==========

C O N C L U S I O N.

Notre étude a consisté en l'analy
de 42 observations de cancers du côlon dr

Tous les malades ont subi une int
vention chirurgicale qui a consisté :

- dans 30 cas, en une hémicolecto
droite dont 4 en deux temps.

- dans les I2 autres en :

  . une simple laparotomie exp
  ratrice (3 cas).

  . une caecostomie (3 cas)

  . une iléo-transversostomie
  (6 cas)

Toutes ces interventions ont été
faites de I945 à I960, disposant ainsi d'u
recul d'au moins 5 années pour chaque mala

Rappelons les principaux résultats
que nous avons obtenus concernant :

I° - Sexe.

Le cancer du côlon droit touche su
tout les femmes dans une proportion de :

- 69,I % pour la femme.
- 30,9 % pour l'homme.

Par contre, considérant les résultats éloignés du cancer, le pronostic apparaît meilleur chez la femme :

- 65 % des femmes ont dépassé les 5 ans de survie, contre
- 42,7I % chez les hommes.

2° - L'âge.

Le cancer du côlon droit touche les gens âgés de plus de 50 ans, et plus précisément entre 60 et 80 ans. L'âge moyen des malades est de 66,6 ans.

En dessous de 50 ans, le cancer du côlon est rare 0,07 %. Nous avons eu deux malades âgés de 30 ans environ et tous deux ont dépassé la survie de 5 ans.

3° - La symptômatologie clinique.

Le diagnostic de ce cancer est passé assez tardivement, les malades ne venant consulter qu'après 6 ou même I2 mois après le début de leur maladie. Cela tient au fait que le cancer du côlon droit débute par des signes qui n'inquiètent pas le malade et que la tumeur se développe lentement.

Souvent le sujet vient consulter lors d'une complication : six malades sur 42 sont arrivés en période d'occlusion aigue, ou à un stade tel, que seul, un geste palliatif est possible (I2 cas sur 42).

4° - La localisation du cancer.

Le caecum est le segment du côlon droit le plus souvent atteint par le cancer :

- caecum ..... 35,7I %
- côlon ascendant ..... 28,57 %
- angle hépatique ..... II,90 %
- transverse droit ..... 23,80 %

Concernant les résultats de l'intervention proprement dite :

a) la mortalité dans les suites immédiates.

On a enregistré trois décès soit IO % des opérés ayant eu une hémicolectomie droite :

- l'un est mort accidentellement par asphyxie (fausse manoeuvre sur la sonde trachéale)

- le 2ème, d'une insuffisance cardiaque aigue.

- le 3ème est décédé une semaine après l'intervention. Les circonstances

du décès ne sont pas connues.

b) les résultats éloignés.

On compte I6 survies de plus de 5 ans soit 59,25 % de nos opérés. La moitié de ces opérés sont encore en vie.

- I survie toujours acquise après I4 ans.
- 2 survies toujours acquises après I0 ans.
- 2 survies toujours acquises après 7 ans.
- 2 survies toujours acquises après 6 ans.
- I survie toujours acquise après 5 ans.

Il est à noter que sur 4 malades qui ont dépassé les I0 ans de survie, 2 sont décédés de récidive : l'un II ans et l'autre 7 ans après l'intervention.

==========

B I B L I O G R A P H I E.

==========

ALVICH J.P. ET LEPOW H.I.
Cancers primitifs du côlon. Une observation rapportée. J. Internat. Coll. Surgeons, nov. I964. 42 N° 5. 553.565.

AMMANN R.
Diagnostic du cancer de l'estomac et du côlon.
Praxis. 25 fév. I965. 54. N°8. 206-209.

ANTONELLI N. ET BORENSTEIN E.
Eclatement pneumatique du coecum chez les malades porteurs d'un cancer du côlon.
Prensa méd. argent. 23 oct. I964. 5I N° I7. 999-I002.

BACON H.E. ET MARTIN P.V.
Raisons de résection palliative pour cancer primaire du côlon et du rectum compliqué de métastases hépatiques et pulmonaires.
Internat. Surg. Dig. oct. I964. 73 N° I0. 395.

BAYET R.
Diagnostic, traitement et prévention actuels des cancers du côlon et du rectum.
Acta. chir. belg. av. I965. 64 N° 4 590-623.

BEAHRS O. H.
Cancer du côlon et du rectum.
Mayo Clin. Proc. sept. I964. 39 N° 9
688-695.

BENTLEY ET COLCOCK.
Pronostic éloigné du cancer du côlon.
LSGO I947. I. pp8-I3.

BERNIGZEI M.
Résultats du traitement chirurgical du
cancer du côlon et du rectum.
Zbl. Chir. 8 août I964. 89 N° 32.
I209-I2I7.

BERT J.M., VERNHET J., GARRIGUES J.M.,
LAURENT J.C. ET SOUYRIS F.
A propos d'un cas d'appendicite diasta-
tique (perforation appendiculaire diastatique
au cours d'un cancer du côlon transverse.
Arch. Mal. App. dig. sept. I965. 54 N° 9. 96I.

BERTRAND ET GILBERTAS.
Cancer du côlon droit à propos de 70 ob-
servations personnelles.
Arch. Mal. App. dig. octobre I956. 45.
N° I0. 298 32I.
BERTRAND P. POUYET M. LOMBARD-PLATET R.
ET MEYER P.
Appendicites aigues associées au cancer
du côlon droit.
Arch. Mal. App. dig. mars I964. 53 . N°3.
283-285.

BIELER V. ET HEIM U.
Cancer double chez deux soeurs. Fréquence
familiale du cancer génital et intestinal
associé.
Schweiz. med. Wschr. I0 av. I965. 95 N° I5.
496-497.

BIENAYME.
Les cancers du côlon droit. Son traitement. 82 observations.
Thèse, Paris I956.

BOTSFORD T.W. ALIAPOULIOS M.A. ET CURTIS L.E
Résultat du traitement du cancer colorectal à l'hôpital Peter Bent Brigham.
Am. J. Surg. mai I965. I09. N° 5.
566-57I.

GOSSET
Les occlusions intestinales.
La Revue du Praticien. 2I sept. I965
T. 5. N° 25.

BRUNIER J.L.
A propos de la communication de MM. Edelmann et Germain sur les récidives par greffe tumorale sur la ligne de suture après résection des cancers coliques.
Mém. Acad. Chir. I964. 90 N° I3-I4.
364-365.

BUCHELER E. ET BELTZ L.
Cancer du côlon multiloculaire.
Fortschr. Geb. Röntgenstr. spt. I964.
IOI. N° 3. 3I8-3I9.

CACHIN M. LEVY C. ET NAUCIEL C.
Le dépistage des cancers coliques par le médecin praticien.
Revue Praticien II jan. I963. I3.
N° 2. I4I-I50.

CAGETTI M. ET TOMASTO T.
Les tumeurs compliquées du côlon droit et transverse. Aspects cliniques, traitement chirurgical. Résultats.
Policlinico (sez. chir.) av. I964.
7I N° 2. 92-I04.

CANDIOTI A.N.
Cancer du côlon, du rectum et de l'anus. Expérience et résultats de I6 cas.
J. Internat. Coll. Surgeons. Sept. I964. 42-I. N° 3. 254-262.

CARCASSONNE F. CARCASSONNE M. ET RAYNAL.
La recto-colectomie élargie avec curage ganglionnaire aortico-pelvien contemporain.
J. Chir. oct. I963. 86 N°4. 323-326.

CASTILLA F.C. GARCIDO T.A. GONZALEZ-BUENO C.M. ET ORBEGOZO J.M.
Adénocancer de l'angle droit du côlon. Quelques considérations clinico-diagnostiques.
Rev. clin. espan. I5 nov. I963. 9I N° 3. I68-I70

CHALNOT P. GROSDIDIER J. ET JACQUOT A.
Diagnostic des cancers coliques révélés par une complication.
Rev. Praticien II janv. I963. I3 N° 2. I67-I75.

CLUTTS G.R. ET EMMETT J.M.
Cancer du côlon chez des enfants de moins de I6 ans.
Internat. Med. Dig. janv. I965. 8I N°I. 42.

COHN I. Jr ; FLOYD C.E. ET ATIK M.
Le contrôle de l'implantation de tumeurs au cours des interventions sur le côlon.
Ann. Surg. juin I963. I57 N° 6. 825-838.

COLCKB P.
Diagnostic précoce dans le cancer du côlon.droit.
Dis. Colon Rectum. nov. déc. I964. 7. 482. Internat. Surg. Dig. mai I965. 74. N° 5. I90.

COLE W.H. ROBERTS S.S. ET GRAHAM A.L.
Cancer du côlon.
Arch. Surg. oct. I965. 9I N° 4.
547-557.

COLLER ET VAUGHAM.
Traitement du cancer du côlon droit.
Ann. of Surg. I945. 4. 9

COOK G.B. ET MARGULIS A.R.
Dépistage des petits cancers sessibles du côlon par mousse iliconée.
J.A.M.A. 5 janv. I963. I83 N° I.
66-68.

COUIMAUD C.
L'exclusion tumorale, Ier temps de l'exérèse des cancers de l'estomac et du côlon.
Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris)
Oct. I963. I7. N° I9-20.
C. I278-C. I280.

D'ANNOY E. LAGACHE G. COMBEMALE B. ET VAYSSIERE Cl.
Les cancers du côlon droit : statistique de I62 cas.
Lille chir. mars I965. 20 N° 2.
83-9I.

DE VITA U.
Pseudopolypose et cancer du côlon.
Arch. ital. chir. I964. 90. N° 3.
334-345.

DIAMANT N.E. ET VAIBERG L.S.
Perte de protéine plasmatique et cancer du côlon.
Am. J. Dig. Dis. oct. I963. 8 N° IO.
877-88I.

DUBARRY J.J.
Polypose, états précancéreux et cancers du côlon.
Rev. Praticien II janv. I963. I3. N° 2. 205-2I8.

EDELMANN G. GERMAIN A. BOUTELLIER PH. ET GONTIER.
Les récidives par greffes tumorales sur la ligne de suture après résection des cancers coliques.
Mém. Acad. Chir. I964. 90. N° 4.5.6.7. 208-222.

EKER R.
Quelques facteurs de pronostic des cancers du côlon et du rectum.
Acta chir. Scand. déc. I963. I26. N° 6. 636-656.

FERARU F. ET VERSKA J.
Diagnostic des tumeurs malignes de la moitié droite du côlon.
Rev. Surg. nov. déc. I963. 20. 379.
IN Internat. Surg. Dig. mai I964. 73 N° 5. I67.

FERRARA L. BALBO G. ET MASSA L.
Les tumeurs conjonctives malignes de l'intestin (intestin grêle, caecum, sigmoïde).
Minerva gastroenterol. janv. mars I963. 9 N° I. I0-24.

FIGIEL L.S. FIGIEL S.J. ET HENNESSEY A.
Cancer du côlon. Incidence des erreurs de diagnostic radiologique.
Am. J. Gastroenterol. nov. I963. 40 N° 5. 487-503.

FIVOLI E.
Hémorragie digestive par hernie hiatale associée à une néoplasie du côlon droit.
Policlinico (soz. prat.) 28 janv.I963. 70 N° 4. II9-I24

FLETCHER W.S. KRIPPAEHNE W.W. HARDWICK C.E. ET DUNPHY J.E.
Cancer du côlon et du rectum. Résultats du traitement chez des malades hospitalisés.
Am. J. Surg. janv. I963. I05 N° I II7-I25.

FLETCHER W.S. ALLEN C.V. ET DUNPHY J.E.
Irradiation pré-opératoire pour cancer du côlon et du rectum.
Un rapport préliminaire.
Am. J. Surg. janv. I965. I09 N° I. 76-83.

FLOYD C.F. CORLEY R.G. ET COHN I. Jr.
Récidive locale de cancer du côlon et du rectum.
Am. J. Surg. fév. I965. I09 N° 2. I53-I59.

FRAISSE H. SERPANTIE P. ET ETAIX J.P.
Sarcomatose digestive diffuse ; la forme sténosante étagée du côlon.
Arch. Mal. App. dig. oct. I963. 52 N° I0. I055-I058.

FRANCILLON CHASSARD TOURNASI.
Cancer du côlon droit.
Encyclopédie médico-chirurgicale.
T. II.9068 A I0.

FRASER G.A.

Cancers multiples du gros intestin.
Brit. J. Surg. Sept. I963. 50 N° 226.
806-8I0.

GILBERTSEN V.A.

Cancer du côlon.
Surg. déc. I959. 46. N° 6. I027-I04I.
Résultats du traitement du cancer du gros intestin.
Ann. Surg fév. I963. I57 N° 2.
I98-203.

GINSBURG FREUND DREILING.

Mortalité et principales complications dans les résections pour cancers coliques.
Ann. of Surg. I959. I50 N° 5. 9I3-928.

GLASHAN R.W. ET JOHN H.T.

Expériences avec le cancer du gros intestin.
Brit. J. Surg. août I965. 52 N°8.
573-577.

GRIMOUD LAPEYRERE.

Résultats thérapeutiques et pronostics des cancers du côlon droit.
Arch. Mal. App. dig. Octobre I960. 49.
N° I0. I366 I93I.

GROSBERG S.J. ET GALAMBOS J.T.

Rapport entre la présence de polypes et la survie des malades opérés pour cancer du gros intestin.
Gastro-Entérology janv. I963. 44. N° I.
33-35.

GANSTER.

Sur le diagnostic du cancer du côlon.
Analyse de I00 cas. Zeitschrift für Artzliche Forbildung. I956. 20.68I-685.

GOSSET.
Le cancer du côlon droit. Thèse Paris I933.

HAENSZEL W. ET DAWSON E.A.
Une note sur la mortalité par cancer du côlon et du rectum aux U.S.A.
Cancer, mars I965. I8 N° 3. 265-272.

HELLSTROM H.R. ET FISHER E.R.
Variante physalifère du cancer du côlon.
Cancer, fév. I964. I7 N° 2. 259-263.

HENDRICK J.W.
Tumeurs malignes du caecum et du côlon droit.
Arch. Surg. juin I964. 88 N° 6. 954-965.

HEPP.
Réflexions sur la chirurgie du cancer du côlon droit.
Revue de chirurgie I953. II-I2. 476.

HICKEY R.C. ET HYDE H.P.
Obstruction néoplasique du gros intestin.
Surg. Clin. North Amer. oct. I965. 45 N°5. II57-II63.

HOFFMANN V.
Tumeurs malignes du grêle et du gros intestin. 2.- Expériences cliniques.
Zbl. Chir. 28 mars I964. 89 N° I3. 444-454.

HOXWORTH P.I. ET HAMBLET J.B.
Survie inexpliquée de I2 ans après cancer métastatique du côlon.
Am. J. Surg. janv. I963. I05 N°I. I26-I32.

[illegible].
Résultats du traitement du cancer du côlon et du rectum.
Brit. Med. J. 6 juil. 1963. N° 5348 9-12.

[illegible].
Résultats du traitement du cancer du gros intestin.
Med. J. Australia. 21 nov. 1964. 51 N° 21. 820-823.

[illegible]
Etude d'une série de 61 cancers du côlon droit.
Thèse Paris 1962.

[illegible].
Un cas de cancer multiple du côlon.
Brit. J. Surg. mars 1963. 50 N°223. 951-952.

[illegible]. [illegible]. [illegible].
Leucémie lymphocytaire chronique ou lymphome et cancer du côlon.
J.A.M.A. 21 déc. 1963. 186 N° 12. 1053-1056.

[illegible].
L'ultrastructure de l'adénocarcinome du côlon.
Cancro-oncology av. 1963. 44 N°4. 410-418.

[illegible].
Chirurgie du cancer du côlon et du rectum.
Arch. ital. Chir. 1963. 89 N° 6. 161-162.

IMPERATI L. ET CAGLETTI M.
Cancer du côlon transverse et des deux angles coliques ; traitement chirurgical.
J. Internat. Coll. Surgeons, mai I964. 4I. N° 5. 443-452.

KAPON A. ET KOLAROV S.
Lymphosarcome du côlon et du grêle chez un enfant de trois ans.
Folia med. I965. 7 N°3. 2I7-220

KASHINTSEV O.N.
Cancer mucineux du gros intestin avec calcification.
Vestnik Radiol ; (Moscou) I963. N° I. 73-74.

KHUBCHANDANI I.T.
La fréquence du cancer du gros intestin dans le monde. Importance du diagnostic précoce.
J. Internat. Coll. Surg. av. I965. 43 N°4. 428-437.

KLUGE T.
Cancer familial du côlon.
Acta chir. scand. av. I964. I27 N°4. 392-398.

LAFAURY G.
A propos d'étranges coïncidences lésionnelles chez un même sujet. (cancer du côlon, cancer du sein sur gynécomastie)
Lyon chir. Juil. I964. 60 N° 4. 582-593.

LAURENCE G.
Cancers coliques. Avant-propos.
Rev. Prat. II jan. I963. I3 N° 2 I2I-I22.

[illegible].
Cancer [illegible] du côlon sigmoïde et d'un épithélioma perforé du côlon sigmoïde et d'un métastase épiploïque d'un épithélioma [illegible].
Lyon. chir. janv. 1964 N° I. 21-22.

[illegible].
Colectomie dans les cancers coliques abcédés.
Ann. chir. 1960. 14 N° 7-8. 423-438.

[illegible].
La forme anémique du cancer du côlon droit. (A propos de 5 observations).
Presse méd. 10 av. 1965. 93 N° 7. 251-254.

[illegible].
Léiomyosarcome du côlon.
Ann. J. Durg. juin 1965. 109. N° 6. 816-818.

[illegible].
La voie de abord dans le cancer obstructif du côlon.
Arch. Surg. oct. 1964. 89 N° 4. 715-718.

[illegible].
- Evolution particulière, traitement et pronostic des cancers du côlon droit.
Revue Practicien, 11 janv. 1963. 13 N° 2. 184-192.
- Le traitement des cancers du côlon.
J. Chir. av. 1964. 87 N° 4. 499-508.
- Le traitement des cancers du côlon.
Presse méd. 19 sept. 1964. 72 N° 38 2213-2222.
- Principes généraux du traitement des cancers coliques.
Rev. Practicien. 11 janv. 1963 13 N 2. 177-183.

MAC KITTRICK.
Carcinoma of the right colon.
Med. Journal I948. 24. I6I-I65.

MACCIONI A.P. ET ROCCHI V.
Les fistules colo-coliques d'origine néoplasique.
Policlinico (sez. prat.) 22 av. I963. 557-563.

M'.DDEN J.L. ET LEE B.Y.
Cancer du côlon.
Am. J. Surg. fév. I964. I07 N°2 346-352.

MAYO C.W. ET PAGTALUNAN.
Affections malignes du côlon et du rectum chez les malades de moins de 30 ans.
Surgery, juin I963. 53 N° 6. 7II-7I8.

MAXWELL J.M Jr. DAVIS W.C. ET JACKSON F.C.
Cancer du côlon et hernie inguinale.
Surg. Clin. North Amer. oct.45 N° 5. II65-II7I.

POUTASSE J.D.
Manifestations du lymphosarcome inusuelles au niveau du côlon.
Am. J. Dig. Dis. juin I963. 8 N° 6. 545-556.

QUENU J.
Nouvelle pratique chirurgicale. Illustré Paris I950. 4. I53-I56.

QUENU ET COLL.
L'occlusion intestinale. I vol. Paris I953. 446 p.

RAZEMON P. HERAUD H. ET DRUART R.
Fistule duodéno-colique par cancer du côlon droit.
Arch. Mal. App. dig. juin I963.
52 N° 6. 7I4-7I6.

RIBDON.
Indications chirurgicales dans le traitement des cancers.
p. 2I3 2I5. I vol. Massen 2 dit. I962.

REMINGTON J.H.
Cancer du côlon et du rectum. Traitement conservateur et traitement palliatif.
New York State J. Med. Ier juil. I964.
64 N° I3. I7I3-I7I6.

ROB C. ADAMS J.T. MAX T.C. RUBIN P. ET SCHWARTZ S.I.
Prophylaxie des métastases lymphatiques dans le cancer du gros intestin.
Bull. Soc. internat. Chir. mars-avril I964. 23 N°2. 230-233.

ROYE-JONES D.C. ET AYLETT S.O.
Le retard dans le traitement du cancer du côlon et du rectum.
Lancet, I3 nov. I965. 2 N° 7420. 973-976.

ROUX ET CARCASSONNE.
Les cancers du côlon.
I vol. Paris, Masson édit. I955.

RUBINOV R.S.
La signification de la méthode d'examen radiologique dans le diagnostic du cancer du gros intestin.
J. Radiol. (Moscou) I965 N° 4. 42-46.

RYAN P.
Résection radicale d'urgence pour cancer obstructif du côlon.
Internat. Surg. Dig. oct. I963.
72 N° I0. 408-409.

SALLES A.A.
Participation clinique au diagnostic précoce du cancer du côlon et du vagin.
An. brasil. gin. janv. I965. 30 N°I. I9-24.

SALSBURY A.J. McKINNA J.A. GRIFFITHS J.D.
ET MORGAN C.N.
Cellules cancéreuses circulantes pendant l'excision des carcinomes du rectum et du côlon avec ligature haute de la veine mésentérique inférieure.
Surgery juin I965. I20 N° 6.
I266-I270.

SANTY ET LATARGET.
Hémicolectomie pour néoplasme du côlon droit hémorragique.
Lyon chirurgical I944. 39 p. 363-365.

SEDAT.
Traitement chirurgical du cancer du côlon droit.
Thèse, Marseille I953.

SENEQUE.
Cancer du côlon droit.
Presse Médicale I95I. 59 p. 9.

SENEQUE ET CHATELIN.
Réflexion à propos de 40 cas de cancer du côlon droit.
Journal de chirurgie. Janvier I957.
73 N° I. 5-2I.

SESSIONS R.T. RIDDELL D.H. KAPLAN H.J. ET FOSTER J.H.
Cancer du côlon dans les deux premières décades de la vie.
Ann. Surg. août I965. I62 N° 2. 279-284.

SFORZA M. ERCOLINI M.P. ET TENERIELLO F.
Diagnostic d'opérabilité chez les sujets porteurs de cancer gastrique et du côlon sur la base de quelques données de laboratoire.
Minerva chir. I5 janv. I965. 20 N° I. 23-26.

SHUCKSMITH H.S.
Abcès sous cutanés : Ière manifestation du cancer du côlon.
Brit. J. Surg. mars I963. 50 N° 223 5I4-5I5.

SIMON G.C. ET METAIRIE-SIMON P.
Les cancers multiples avec localisationscoliques.
Gaz. méd. France. 25 fev. I963. 70 N° 4. 629-643.

SMIDDY ET COLLIGHER.
Résultats du traitement du cancer du côlon.
Brit. Med. J. 6 avril I957. 5022.

SPERLING D. SPRATT J.S. Jr ET CARNES W.M.
Adénocancer du gros intestin avec perforation.
Missouri Med. déc. I963. 60. II04 in Internat. surg. dig. mai I964. 73 N° 5. I67-I68.

SPRATT J.S. Jr.
Le taux et l'aspect de la croissance des néoplasmes du gros intestin et du rectum.
Surg. Clin. North. Amer oct. I965.
45 N° 5. II03-III5.

TAUBERT G.
Le sarcome du côlon.
Zbl. Chir. I9 janv. I963. 88 N° 3.
I04-II2.

TAYLOR S.G. SOUTHWICK H.W. ET HENDRICKSON F.R.
CAncer du colon.
Med. Clin. North Amer. Janv. I964.
48 N° I. 2I5-226

TEREZIS N.L. DAVIS W.C. ET JACKSON F.C.
Association d'un cancer du côlon et d'une hernie inguinale.
New England J. Med. 4 av. I963.
268 N° I4. 774-776.

THOMERET DUBOST ET VAILLANT.
Traitement chirurgical des cancers compliqués du côlon.
Ann. chir. mars I962. vol. I6.
N° 5-6.

USBECK W.
Erreurs diagnostiques et thérapeutiques dans les processus malins de la région du côlon et du rectum.
Zbl. chir. I965. 90 N° 26a.
I505-I5I0.

VASCONCELLOS D. MORAES T. ET CAMILO J.
Cancer du côlon.
H ospital, mai I964. 65 N° 5.
943-956.

VAYSSE.
Le cancer du côlon transverse.
Thèse, Paris I949.

WELCH C.E. ET HOLDBERG S.E.
Le cancer du côlon dans la recto-colite aigue hémorragique et le cancer idiopathique du côlon.
J.A.M.A. 8 mars I965. I9I N° I0. 8I5-8I8.

WELTI H.
Récidives cancéreuses précoces après colectomies pour cancer du côlon. Techniques destinées à les éviter.
Nouv. Arch. hosp. Juil. août I964. 36 N° 7-8. I95-I96.

WENCKERT A.
Cancer du côlon et du rectum.
Acta chir. scand. I965. Suppl. 332, 73-79.

WHEELER E.O. ET SCULLY R.E..
Adénocarcinome du côlon avec métastases multiples.
New England J. Med. 3I jan. I963. 268 N° 5. 258-266.

WOLF B.S. ET MARSHAK R.H.
Linite plastique ou cancer infiltrant diffus du côlon.
Radiology sept. I963. 8I N° 3. 502-507.

WOOLAM G.L. JACKMAN R.J. RAMIREZ R.F. BEAHRS O.H. ET DOCKERTY M.B.

Carcinome squirrheux du bas intestin.
Surg. gyn. Obst. oct. I965.
I2I N° 4. 753-755.

ZABOLTNIY M.D.

Un cas de réticulosarcome du gros intestin.
Khirourguia (Moscou) I962. N° II.
I25-I27.

==========

TABLE DES MATIERES

	Pages
- Introduction	I
- Observations	5
- Etiologie	4I
. Sexe	43
. Age	44
. L'examen du malade	46
. L'examen radiologique	50
- Anatomie pathologique	53
. La localisation du cancer	55
. Aspect macroscopique de la tumeur et ses dimensions	57
. L'envahissement ganglionnaire	58
. L'envahissement local	59
. L'envahissement métastatique	60
. Le type histologique du cancer	60
- Le traitement chirurgical et ses résultats	63
. Les différentes interventions	63
. Les suites opératoires immédiates	64
. Conclusion	
Résécabilité	67
Mortalité opératoire	69
Les cancers compliqués	
Malades en occlusion	69
Cancers abcédés	72
. Les résultats éloignés	75
- Conclusion	8I
- Bibliographie	85

Vu le Doyen,

BROUET

Vu le Président,

L. LEGER

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur,

J. ROCHE